


**FORMULAIRE DE DEMANDE D'ACCES AU DOSSIER
PATIENT PAR TIERS AUTORISE**

Renvoyez ce document dûment complété et signé, à Madame La Directrice - Centre Hospitalier Comminges-Pyrénées
Avenue de St-Placard – BP 30183 – 31806 SAINT-GAUDENS CEDEX

IDENTITE DU DEMANDEUR

Nom usuel, prénom et date de naissance :

Nom de jeune fille :

 (Domicile ou portable) :

IDENTITE DU PATIENT CONCERNE

Nom usuel, prénom et date de naissance :

Nom de jeune fille :

QUALITE DU DEMANDEUR

☒ Précisez votre qualité d'ayant droit :

- ☐ Titulaire de l'autorité parentale : Père ☐ Mère ☐

Fournir copie du livret de famille, en cas de divorce : fournir l'ordonnance du Juge aux Affaires Familiales et la photocopie de la pièce d'identité recto-verso (Carte d'identité ou passeport)

- ☐ Déléataire de l'autorité parentale

Fournir la décision du Juge aux Affaires Familiales et la photocopie de la pièce d'identité recto-verso (Carte d'identité ou passeport)

- ☐ Tuteur

Fournir l'ordonnance du Juge des Tutelles et la photocopie de la pièce d'identité recto-verso (Carte d'identité ou passeport).

A noter que l'accès n'est pas permis dans le cas de curatelle ou de sauvegarde de justice.

- ☐ Personne mandatée par le patient

Fournir la photocopie de la pièce d'identité recto-verso (Carte d'identité ou passeport) du patient et de la personne mandatée

Partie à compléter par le patient :

« Je soussigné, (nom, nom de jeune fille et prénom du patient).....
Né (e) le/...../..... autorise (nom, prénom du mandaté) à
solliciter auprès du Directeur du Centre Hospitalier Comminges Pyrénées l'accès à mon dossier médical.

Fait le à

Nom et signature du patient.

Partie à compléter par la personne mandatée :

« Je soussigné, (nom, nom de jeune fille et prénom du mandaté).....
Certifie n'avoir aucun conflit d'intérêt ni défendre d'autres intérêts que ceux de (nom, prénom du patient)

Fait le à

Nom et signature du mandaté.

- ☐ Ayant droit :

Conjoint ☐ Père/Mère ☐ Frère/Sœur ☐ Enfant ☐

Autre parent, Partenaire lié par un PACS civil = Précisez qualité d'ayant droit ☐ :.....

Fournir une photocopie du livret de famille ET un justificatif de la qualité d'ayant droit (acte notarié ou acte d'état civil), une photocopie de l'acte du décès du patient et une photocopie recto-verso de votre pièce d'identité (carte d'identité ou passeport)

REMARQUES

1. Le dossier n'est pas communicable si le défunt s'y est opposé avant son décès. Toutefois, un certificat médical peut vous être délivré.
2. **En qualité d'ayant droit, vous n'avez accès qu'aux seules informations nécessaires à la réponse de l'un des motifs suivants et uniquement à ces informations (item obligatoire, en application des articles R1111-7 et L1110-04 du Code de la Santé Publique)**

MOTIF DE LA DEMANDE

Je souhaite accéder à son dossier patient pour :

- ☐ Connaître les causes du décès.
- ☐ Faire valoir les droits de l'ayant droit
- ☐ Défendre la mémoire du défunt.

Dans tous les cas, il est impératif de joindre une lettre circonstanciée précisant le motif de votre demande (Article L1110-4).

MODALITES DE COMMUNICATION

- ☐ Je souhaite une consultation sur place gratuite avec le : ☐ médecin de mon service d'hospitalisation
☐ Médiateur médical
☐ Médiateur non médical

☐ Je viendrai : ☐ seul ☐ accompagné

☐ Je souhaite un envoi postal de copies : en recommandé avec AR à vos frais⁽¹⁾

☐ Je souhaite venir chercher les copies au Centre Hospitalier sans consultation sur place

☐ Je souhaite venir chercher les copies au Centre Hospitalier avec consultation sur place

** Les copies envoyées en recommandé avec accusé de réception garantissent au mieux la confidentialité de l'envoi.*

(1) Montant des frais de copie et d'envoi, fixé réglementairement, qui seront à votre charge

- Photocopie papier noir et blanc = 0,15 € CD-Rom = 1,50 €
- Frais d'envoi postal en recommandé avec AR = 7 €

Le Centre Hospitalier ne réalisera les copies demandées qu'après examen de votre demande et réception de votre paiement (cette information vous sera communiquée prochainement).

Fait à : Le :

Signature :